

ご希望の時間帯に○をつけて下さい。  
半日型( AM ・ PM )

TEL 048-954-9201  
FAX 048-954-9202

# リハプライド草加稻荷【見学・利用申込書】

申込日 年 月 日

ふりがな				明治	年	月	日
氏名	男・女	生年月日	大正	昭和			( 歳)
住所	(〒 - )						
連絡先	☎ ( ) -						
介護認定	事業対象者		要支援 ( 1・2 )		要介護 ( 1・2・3・4・5 )		
負担割合	1割負担		2割負担		3割負担		
世帯類型	1.同居世帯 2.同居世帯(日中おひとり) 3.高齢者夫婦世帯 4.ひとり暮らし						
ご家族	氏名	続柄	住所(連絡先)				
	1		☎ ( ) -				
	2		☎ ( ) -				
	3		☎ ( ) -				
居宅介護 支援事業所	☎ ( ) -			ご担当 CM様			
身体状況	食事	1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.全介助					
	食事内容	1.普通 2.おかゆ 3.きざみ食 4.流動食					
	排泄	1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.全介助					
	入浴	1.自立 2.一部介助 3.全介助					
	移動	1.自立 2.一部介助 ( ) 3.全介助 ( )					
	意思疎通	1.問題ない 2.やや困難 3.かなり困難 4.できない					
	身障手帳	1.無 2.有 ( ) 級 障害部位 ( )					
	既往症						
	現病						
	認知症の状態	1.無 2.有 ( )					
かかりつけの 病院	病院名	主治医	☎ ( ) -				
ご見学/ ご利用開始 予定日	月・火・水・木・金 (週 回)						
	月 日	曜日	送迎	1.希望する 2.希望しない			
特記すべき事項 ※感染症の有・無 ----- ----- -----							